

## ONCOLOGIA

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL  
EN UN PACIENTE CON CÁNCER  
GÁSTRICO BORMAN III Y ASCITIS****(Reporte de caso y  
Revisión Bibliográfica)**

Carlos Barrantes León \*  
Mónica Banard Camacho \*\*  
Rasheda Maitland Rouse \*\*\*

**S U M M A R Y**

Gastric cancer is one of the illnesses that cause the most number of death around the world, due to malignant tumour. The dump continues to be the most common localization, even though, a significant increase of cardias injuries can be observed. Rectal cancer is the most frequent tumor of the digestive tract. Primary tumours such as peritoneum and the peritoneal carcinomatosis or local inter-abdominal dissemination, are tumours of diverse origins and they normally show up through a variable of clinical manifestations, or of very difficult therapeutic control, usually related to a fatal prognosis or condition. It is likewise common to see metastasis appear in the patients peri-

toneal cavity, with carcinoma in the digestive system. This phenomenon takes place because of the liberation of malignant cells in the abdominal cavity, through the invation of the serous or during the manipulation of the organ by the surgeon during the surgical act. Clinic and anatomopathologic studies made to a male patient of 62 years, who entered the San Juan de Dios Hospital with an abdominal tumor, digestive symptoms, ascites, cervical adenopathy and collar bone discovered the following:

- Computerized axial tomography, that evidence gastric tumour, ascitis and retroperitoneal lump, with 125 —Ca and a high amount of carcinogen anti-

gen.

- Abdominal ultrasound test that reports nodule injuries in epigastric peritonium, nodular swellings of the mesentery and gastric swelling in both body and dump.

- Surgical pathology studies that reports an adenocarcinoma a bit different and o esophagagitis-duodenoscopy, where it is possible to observe a mamal lump in the sub-cardial region.

**Institución donde se realizó el trabajo:**  
Hospital San Juan de Dios.

**Descriptores:** Adenocarcinoma, antígeno carcinoembrionario, ascitis, borman, CA-125, carcinomatosis, colorrectal.

**Dirección para correspondencia:** Carlos Barrantes León. Teléfono: 286-1501.  
Correo electrónico: barrleon@hotmail.com

1. Médico Asistente General; Hospital San Juan de Dios, Servicio de Emergencias.

2. Médico Asistente General; EBAIS Quebrada Honda, Área de Salud de Desamparados.

3. Médico Asistente General, Área Materno Infantil, Hospital Tony Facio Castro.

## I INTRODUCCION

El término carcinomatosis peritoneal fue empleado inicialmente por Sampson en 1931 (12). La carcinomatosis peritoneal representa la diseminación locorregional intraabdominal de los cánceres gastrointestinales, ginecológicos y de otros tumores con o sin evidencia de enfermedad metastásica sistémica. Se manifiesta por la presencia de nódulos tumorales de tamaño, número y distribución variable en la superficie peritoneal (3). La incidencia exacta de carcinomatosis peritoneal como lugar de recurrencia no es conocida con certeza, pues la mayoría de los estudios analíticos y de imagen, utilizados en el seguimiento de los pacientes con cáncer colorrectal no son capaces de detectar la enfermedad en estadios iniciales. Se estima que en el momento del diagnóstico de cáncer de colon, la superficie peritoneal está afectada en un 10-15% y que la recurrencia inicial en el peritoneo es de hasta 50% en los pacientes después de cirugía exéretica por cáncer de colon. Es conocido que la diseminación peritoneal aparece en el 40-70% de los pacientes con enfermedad recurrente, tan sólo el 10-35% de los pacientes presentan enfermedad confinada exclusivamente al peritoneo (4-6). El tratamiento de la enfermedad diseminada peritoneal sigue constituyendo una de las fronteras en oncología (13).

## EXÁMENES DE LABORATORIO

Hemoglobina	3.4g/dl
Calcio	7.6mg/dl
Albúmina	2.1g/dl
Fosfatasa alcalina	106 IU/l
Ag carcinoembrionario	545ng/ml
Ca-125	64.6 UI/ml

La enfermedad diseminada metastásica es la mayor causa de muerte de los pacientes con cáncer colorrectal; es el tumor digestivo más frecuente, se presenta afectación carcinomatosa en el 10 a 20% los pacientes bien inicialmente o, a lo largo del devenir de la enfermedad, con una supervivencia menores a 6 meses cuando son tratados con esquemas terapéuticos convencionales(5).

## C ASO CLÍNICO

Paciente masculino de 62 años, vecino de Barrio Cuba, mecánico, sin antecedentes patológicos de importancia, etilista frecuente hasta la embriaguez, tabaquista de larga data (aproximadamente 40 años), 15 cigarros por día. Consulta al Servicio de emergencias del Hospital San Juan de Dios, con historia de un mes de evolución caracterizado por epigastralgia, pirosis, pérdida de peso, cefalea, vómitos posprandiales, astenia, adinamia y disfgia para sólidos.

En el examen físico, se observa adelgazado, palido, con múltiples adenopatías cervicales y supraclaviculares, no adheridas a planos profundos, soplo sistólico plurifocal grado uno, de predominio mitral, abdomen blando, ascítico, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio, se palpan múltiples masas, se palpa nódulo de la hermana María José, punta de bazo palpable, hepatomegalia 2-3cm bajo reborde costal derecho, edemas bipodálicos (++)

### Exámenes de Gabinete:

**Tomografía axial computarizada de abdomen:** neoplasia gástrica de fondo y cuerpo, con un grosor de 3.5cm, masa retroperitoneal de 7.5 x 3.5cm, ascitis moderada.

**Ecografía de abdomen:** lesiones nodulares en peritoneo epigástrico, engrosamiento nodular de mesenterio y asas intestinales, en relación a carcinomatosis peritoneal, adenopatía peripancreática de 27x12mm y 18x12mm, engrosamiento gástrico importante en

cuerpo y antro en relación a cáncer gástrico.

#### **Esofagogastroduodenoscopia:**

deglución normal, deformidad gástrica, pérdida de la distensión, bordes irregulares y distorsión de pliegues mucosos, múltiples ulceraciones, se observa desde la región subcardial hasta 50cm, lesión mamelonada, que infiltra ambas caras.

**Anatomía patológica:** adenocarcinoma poco diferenciado.

## **D** ISCUSIÓN

El cáncer colorrectal constituye un problema de salud pública en los países occidentales; es la segunda neoplasia más frecuente en el hombre y la tercera en las mujeres. La incidencia de cáncer colorrectal mundial se estima en 945.000 pacientes por año (2). Muchos de estos pacientes se presentan con metástasis y hasta 50% desarrollarán metástasis a lo largo de su enfermedad; los lugares de presentación de las metástasis en orden de frecuencia en el cáncer colorrectal son el hígado, el peritoneo, pulmón, huesos y el cerebro (7). El antígeno Ca-125 es una glucoproteína de alto peso molecular cuya función fisiológica es desconocida, lo expresan las células mesoteliales y las derivadas del epitelio celómico(10); se emplean como marcador tumoral de los neopla-

sias de ovario aunque se eleva en otros tumores ginecológicos, linfomas, melanomas, hepatocarcinoma, cáncer de páncreas, tumor renal, cáncer de colon y recto. También se pueden encontrar elevaciones en algunas enfermedades no neoplásicas como la peritonitis bacteriana, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, miomas, cirrosis, lupus eritematoso sistémico y en general, en enfermedades que causen ascitis(1).

Los estudios por imágenes disponibles, como el ultrasonido, tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear han demostrado limitaciones en el diagnóstico temprano de estas lesiones. La sensibilidad del ultrasonido abdominal para detectar lesiones entre 1cm y 3cm oscila entre 20% a 76%, ya que es un procedimiento muy subjetivo (11). La tomografía axial computarizada es el método más utilizado con una sensibilidad que varía entre 38% a 94%. (8,9,11), por lo que un 20% a 30% de las metástasis, en especial peritoneales y hepáticas, no se diagnostican antes de la laparotomía.

## **R** ESUMEN

El cáncer gástrico es una de las enfermedades que mayor número de muertes, por neoplasia maligna, produce en el mundo entero. El antro sigue siendo la localización más frecuente; aunque se observa

un incremento significativo de las lesiones del cardias. El cáncer colorrectal es el tumor más frecuente del tracto digestivo. Los tumores primarios del peritoneo y la carcinomatosis peritoneal o, diseminación local intra-abdominal de tumores de diversos orígenes, suelen presentarse mediante manifestaciones clínicas variables de muy difícil control terapéutico, asociadas siempre a un pronóstico fatal. Es frecuente que ocurran metástasis de la cavidad peritoneal en los pacientes con carcinoma del sistema digestivo. Este fenómeno se produce por la liberación de células malignas a la cavidad abdominal por medio de la invasión a la serosa o, durante la manipulación del órgano por parte del cirujano durante el acto quirúrgico. Se presentan hallazgos clínicos y anatomopatológicos en un paciente masculino de 62 años, que ingresa al Hospital San Juan de Dios, para estudio de una tumoración abdominal, síntomas digestivos, ascitis, adenopatías cervicales y supraclaviculares. Se realiza:

- Tomografía axial computarizada, que evidencia neoplasia gástrica, ascitis y masa retroperitoneal, con Ca-125 y antígeno carcinoembrionario elevados.
- Ultrasonido de abdomen, donde se reportan lesiones nodulares en peritoneo epigástrico, engrosamiento nodular del mesenterio y engrosamiento gástrico en cuerpo y antro.

- Estudio de patología quirúrgica, que reporta adenocarcinoma poco diferenciado y esofagogastroduodenoscopia donde se observa una lesión mamelonada en la región subcardial.

## R E F E R E N C I A S

1. Bergman JF, Bridart JM, George M, Beaugrand M, Levy VG, Bohous C. Elevation of CA 125 in patients with benign and malignant ascites. *Cancer* 1987; 59:213-17.
2. Bottomley A. Metastatic colorectal cancer: treatment challenges and quality of life. *Lancet* 2002; 359 (4): 1537-8.
3. Chu DZJ, Lang NP, Thompson C, Osteen PK, Westbrook KC. Peritoneal carcinomatosis from gynecological malignancies: a prospective study of prognosis factors. *Cancer* 1989; 63:364-7.
4. De Bree E, Wiitkamp A, Zoetmulder FAN. Intraperitoneal chemotherapy for colorectal cancer. Review article. *J Surg Oncol* 2002; 79: 46-61.
5. Gómez Portilla, A., Cedoya, I., López de Tejada, I. et al. Peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. Current treatment: Review and update. *Revista Española de enfermedades digestivas*. 2005; 97(10):716-737.
6. Glehen O, Kwiatkowski M, Sugarbaker PH, Elias D, Levine EA, Gilly FN, et al. Cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy for the management of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer. A multi-institutional study of 506 patients. *J Clin Oncol* 2004; 22 (3): 284-329.
7. Kindler HL, Shulman KI. Metastatic colorectal cancer. *Current Treatment Options in Oncology* 2001; 2:459-71.
8. Levitt RG, Sagell SS, Stanley RJ. Detection of neoplastic involvement of the mesentery and omentum by computed tomography. *ARJAm J Roentgenol*.1978;131(5):835-41.
9. Marrero A, Rodríguez R, Honorato A, Palomino A, Velasco M, Hernández O, et al. Radicabilidad en cáncer gástrico: Orientación pronóstica. *Revista Venezolana de Oncología*. 1999;11(4):116-132
10. O'Brien TJ, Tanimoto Hi, Konishi J, Gee M. More than 15 years of CA 125: what is known about the antigen, its structure and its function. *Int J Biol Markers* 1998; 131:188-95.
11. Rodríguez GO. Estadificación del cáncer laparoscópico. *Gaceta Médica Caracas*.2001;109 (3):322-31
12. Sampson JA. Implantation peritoneal carcinomatosis of ovarian origin. *Am J Pathology* 1931; 7:423-43.
13. Sticca RP. Peritoneal carcinomatosis: a final frontier. *Ann Surgery Oncol* 2003; 10 (5): 484-5.